


Foto: NAS / OKAPIA



„So einfach macht man ein Leben nicht weg“

Hebammen und „späte Abbrüche“

Angelica Ensel

Die Begleitung einer Frau mit einem späten Schwangerschaftsabbruch steht dem Beruf der Hebamme diametral entgegen – einerseits. Denn andererseits waren und sind Hebammen an der Seite der Frauen – nicht nur bei glücklichen Ereignissen rund um Schwangerschaft und Geburt, sondern auch bei Fehl- und Totgeburten. Auch bei Abbrüchen haben Hebammen Frauen in ihren Nöten geholfen – auch wenn darüber in unserer Kultur nicht viel gesprochen wird.

Hebammen stehen im Konflikt: zwi-

schen dem Anspruch, allen Frauen zu helfen, und dem Recht, ihre eigenen ethischen Maßstäbe ernst zu nehmen. Hinzu kommt, dass sie in der Regel nicht freiwillig darüber entscheiden können, ob sie diese Aufgabe übernehmen wollen. Viele Kolleginnen stehen unter dem Druck, ihre Arbeitsstelle zu verlieren oder gar nicht erst zu bekommen, wenn sie diesen Beistand verweigern. Hebammenschülerinnen werden heute oft vor ihrer Einstellung gefragt, wie sie zu dieser Aufgabe stehen.

Kaum eine Berufsgruppe ist so in die ethische Brisanz der vorgeburtlichen Diagnostik involviert wie die der Hebammen. Beim späten Abbruch nach Pränataler Diagnostik begleiten sie Frauen bei der Geburt zum Tod – eine Arbeit, die ihre professionelle Identität in Frage stellt und die, emotional äußerst belastend, oft unter schwierigen klinischen Bedingungen bewältigt werden muss.

Strukturelle Probleme innerhalb des Systems Klinik

Oft erschweren die Bedingungen innerhalb der Kliniken den Beistand. Hierzu gehören:

- Konzeptlosigkeit,
- Fragmentierung der Arbeit (keine Betreuungskontinuität),
- Überlastung durch Personalknappheit,
- Gleichzeitigkeit verschiedener sehr gegensätzlicher Aufgaben: später Abbruch – frühe Frühgeburt,
- keine Kommunikation und Supervision.

Hebammen als Mittlerinnen

Die Rolle der Hebamme beim späten Abbruch nach Pränataler Diagnostik ist ein Fokus. Hier kulminiert nicht nur die ethische Problematik, denn Hebammen müssen handeln, sie sind ganz nah und direkt in den Konflikt der Eltern involviert. Gleichzeitig wird in diesem Auftrag ein wesentliches Element von Hebammenarbeit deutlich: Nirgends sind Hebammen so sehr als Mittlerinnen gefragt, nie sind so „dazwischen“. Es ist eine angestammte Aufgabe von Hebammen, zu vermitteln: zwischen Arzt und Frau, zwischen Mutter und Kind, zwischen Geburtssystemen und -kulturen, zwischen außen und innen. Beim späten Abbruch muss die Hebamme einen enormen emotionalen Spagat leisten, um Widersprüche und Brüche zu überbrücken und im besten Fall zu integrieren, denn hier betreffen sie die eigene Person und die professionelle Identität. Die Ebenen des emotionalen Spagats der Hebamme spiegeln auch die Zerrissenheit der Frau.

Mit der Änderung des § 218 im Jahre 1995 fiel – auch auf Druck der Behindertenverbände – die embryopathische (früher: eugenische) Indikation weg. Sie erlaubte den straf-freien Abbruch der Schwangerschaft

Wann und wie findet ein später Abbruch statt?

innerhalb von 22 Wochen p.c., wenn beim Ungeborenen eine nicht behebbare und nicht therapierbare Schädigung festgestellt wurde. Seither werden Schwangerschaftsabbrüche nach Pränataler Diagnostik unter der medizinischen Indikation subsumiert. Unter dieser Indikation (die Schwangerschaft als erhebliche Beeinträchtigung der physischen und psychischen Gesundheit der Mutter) ist der Abbruch bis zum Ende, das heißt bis zum natürlichen Beginn der Wehen erlaubt. Gleichzeitig fielen mit der ehemaligen embryopathischen Indikation nicht nur die Pflicht zur Beratung und die Dreitagesfrist zwischen Abbruch und Beratung weg, sondern auch die Pflicht zur statistischen Erfassung der embryopathisch begründeten Abbrüche. Es ist daher nicht möglich, die Zahl der späten Schwangerschaftsabbrüche zu bestimmen und deren Ansteigen zu belegen. Auch die Zahl der Fetozide ist nicht nachzuweisen. Der Fetozid – die Tötung des Kindes im Mutterleib mittels einer Injektion ins Herz des Ungeborenen – wird an einigen Kliniken durchgeführt, um zu verhindern, dass

ein Kind nach einem „misslungenen“ späten Abbruch lebt und alle Beteiligten in ein ethisches Dilemma bringt.

Die meisten späten Abbrüche werden nach der pränatalen Diagnose Trisomie 21 durchgeführt. Oft werden die Frauen, kaum dass sie die Diagnose erhalten haben, von niedergelassenen GynäkologInnen zum Abbruch in die Klinik geschickt, „um ihnen weiteres Leid zu ersparen“. Unter dem Schock der Diagnose wünschen viele Frauen ein schnelles Ende der Schwangerschaft. Der späte Abbruch, der zu diesem Zeitpunkt eine eingeleitete Geburt ist, kann sich jedoch über Tage hinziehen und ist ein körperlich und psychisch äußerst belastender Prozess.

Am Ende der Kette von Diagnostik, Ängsten, Entscheidungsnöten und Verzweiflung stehen eine Frau und eine Hebamme. Meist sind die beiden Frauen, die diesen Prozess bewältigen müssen, alleine. In diesen langen Stunden sind ÄrztInnen, wenn überhaupt, nur kurz anwesend. Unter günstigen Umständen hat die Hebamme Zeit und kann sich dieser besonderen Aufgabe widmen. Oft müssen sie diese Frauen aber neben dem normalen Stress im Kreißaal mitbetreuen.

Angelica Ensel

Zwischen Ohnmacht und Kontrolle – Begegnung auf der Schwelle

„Das Zweite, was ich mit den Eltern bespreche, ist, dass das Kind, wenn es gelebt hat, bestattungspflichtig ist und dass die Kosten, die auf die Eltern zukommen, 3000-4000 DM betragen. Man kann es so sehen, dass es paradox ist, dass man ein Kind, das nicht gewollt ist, wenn es dann noch gelebt hat, beerdigen muss. Auf der anderen Seite besagt dieses Gesetz für mich: So einfach macht man ein Leben nicht weg. Man kann es nicht streichen. Das klingt fast makaber, aber das sind Gedanken, die sich mir in diesem Zusammenhang aufdrängen, dass man Auseinandersetzungen zu führen hat. Dass das nicht einfach ist, ist ganz klar und es wäre vielleicht auch nicht unsere Aufgabe als Hebammen, Paaren in dieser Situation eine Unterstützung zu geben. Diese Dinge hat man bestimmt vorher nie bedacht, als man die ganzen diagnos-

tischen Möglichkeiten ausgeweitet hat. Dem Verdammten muss man sich doch stellen. Dass das eine belastende Arbeitssituation ist, muss ich nicht weiter ausführen. Hebammen haben ja auch eine ganz bestimmte Rolle, nämlich die, immer alle Konflikte zwischen Menschen auszubaden. Deswegen stelle ich mir auch die Frage, was machen wir da, was

machen wir mit, wollen wir das überhaupt mitmachen?“ (Margreth D.)

Die Begegnung zwischen Hebamme und Frau/Eltern bei der Aufnahme in der Klinik ist emotional

sehr dicht. Bei der sachlichen Aufklärung werden hochemotionale Inhalte besprochen. Als allein gelassene Hauptakteurin steht die Hebamme dabei unter dem Druck, die Gefühle unter Kontrolle zu halten. Hebammen, die nicht selbst entscheiden können, ob sie

» » „Diese Dinge hat man bestimmt vorher nie bedacht, als man die ganzen diagnostischen Möglichkeiten ausgeweitet hat.“

diese Aufgabe übernehmen wollen, können sich instrumentalisiert und überfordert fühlen. Wenn diese Zumutung als zu groß empfunden wird, besteht die Gefahr, dass sich der Unmut darüber in subtiler Ablehnung der Eltern ausdrückt, z.B. in der Art und Weise, wie über das Geschehen gesprochen wird.

Zwischen Empathie und Ablehnung – Eröffnung

„Die Schwangerschaft ist ja erst mal auf Halten ausgerichtet und nicht auf Loslassen. Das heißt also, den Körper zu zwingen, das Kind freizugeben, wenn nicht sowieso schon vorzeitige Wehen da sind. Das ist eine Tortur, das macht der Körper ja nicht freiwillig. Dazu kommt die psychische Verfassung der Frau, je mehr sie sich dieses Kind gewünscht hat. Unter Umständen stellt sie erst, wenn das Kind schon tot ist, fest, dass sie es sich gewünscht hat.“ (Renate K.)

In der langen Zeit der Geburtseinleitung kann ein dichter Kontakt zwischen Hebamme und Gebärender entstehen. In dieser Zeit sind Hebammen mit den vielfältigen Gefühlen der Frauen kon-

frontiert wie Trauer, Schuld, Wut, Ambivalenz und Verzweiflung und Hilflosigkeit. Wenn Hebammen sich auf diese „Zumutung“ einlassen, können sie Blockaden lösen. Denn wie bei jeder Geburt geht es auch hier darum, sich zu öffnen und den (körperlichen und seelischen) Schmerz zuzulassen. Die lange Zeit, die es braucht, bis der Muttermund sich öffnet, sehen Hebammen nicht nur als Unreife der Gebärmutter, sondern auch als die Zeit, die es braucht, bis die Frauen bereit sind, ihr Kind loszulassen

Zwischen Mütterlichkeit und Distanz – Geburtsarbeit

„Ich habe einmal in einer Nacht mit einer Frau gesprochen, die da mit einem induzierten Abort lag. Das Kind hatte eine Trisomie 21. Sie hatte schon das erste Cergenzäpfchen bekommen und sie lag da und sagte: ‚Ich habe schon seit drei Tagen meinen Bauch nicht mehr angefasst und jetzt liege ich hier und die Zeitbombe läuft.‘ Wir haben dann zwei Stunden geredet und ich habe zu ihr gesagt: ‚Es ist in Ordnung, wenn du dich entscheidest, dass du das Kind so nicht haben willst, aber dann hab es doch *jetzt* noch. Dann sei doch jetzt noch die liebe Mutter, die du sein wolltest. Es hat es bis jetzt bei dir gut gehabt, und wenn das die Entscheidung ist, dass du so aber nicht mit ihm leben kannst, muss es das doch jetzt nicht schon ausbaden.‘ Diese Frau war nachher so weit, dass sie sagte, wenn das Baby kommt und dann noch leben sollte, möchte sie es gerne haben und im Arm halten und es soll dann halt sterben, denn die Entscheidung ist doch gefallen. Ich sagte: ‚Du darfst traurig sein, auch, wenn du es entschieden hast.‘“ (Amelie R.)

Diese Hebamme ist „Wehemutter“ – auch bei dieser Begleitung. Emotional stützend steht sie hinter der Frau und ermöglicht ihr dadurch, den abgebrochenen Kontakt zum Kind wieder aufzunehmen und ihre abgespaltenen mütterlichen Gefühle zu integrieren. Sie „erlaubt“ ihr, Mutter zu sein und ermöglicht damit auch das Gebären. Dieser Spagat – ein Akt der Integration – ist identitätsbegründend. Er ermöglicht es beiden Frauen, ihre mütterlichen Anteile wieder zu leben, denn die Wertekollision betrifft beide Frauen. Die Integration geschieht leichter, wenn die Frau Schuldgefühle zeigt. Wenn dies nicht der Fall ist, kann es sein, dass die Hebamme

– auch zum Schutz ihrer eigenen Integrität – die Mütterlichkeit verweigert.

Zwischen Liebe und Tod – Abschied und Bonding

„Es ist natürlich ziemlich merkwürdig, wenn man sich gegen das Kind entschieden hat, es dann doch anzusehen. Aber interessanterweise ist es so, dass die meisten Frauen im Lauf der Geburt das Kind doch sehen wollen und das unterstütze ich auf jeden Fall. Denn es hat etwas damit zu tun, die Entscheidung zu tragen und damit zu leben und eine Horrorvision aus dem Kopf streichen zu können. Auch damit, ein ganz klares Bild zu haben, denn jeder trägt die Verantwortung für die Entscheidung, die er getroffen hat. Ich erlebe immer wieder, dass es eine ganz positive Erfahrung für die Frauen ist, das anzuschauen, wovor sie so große Angst haben. Das ist unsere Aufgabe, die Frauen beziehungsweise Paare darin zu begleiten. Wir machen Fotos vom Kind, manchmal auch Fußabdrücke oder ein Erinnerungsstück. Für die Eltern ist es sehr, sehr unterschiedlich, ihr Kind zu sehen. Da sind Schuldgefühle oder die Reaktion: ‚Das sieht ja gar nicht so schlimm aus. Dieses Kind hat ein Down-Syndrom und das sieht man ihm gar nicht an.‘ Manchmal frage ich mich, ob dann Zweifel kommen. Aber ich frage nicht nach, denn das geht mir zu tief. Ich bin keine Psychologin, die das auffangen kann. Ich lasse sie einfach und bin da. Ich biete an, rauszugehen oder in der Nähe zu bleiben. Ich lasse sie das entscheiden. Die meisten wollen, dass ich dabeibleibe.“ (Margreth D.)

Wie bei jeder Geburt übernimmt die Hebamme auch hier, als Mittlerin zwischen Leben und Tod, die Aufgabe, die Verbindung zwischen Eltern und Kind zu fördern. Sie empfängt das Kind und kümmert sich darum, dass es einen Platz in der Biografie der Eltern bekommt. Sie weiß, dass der Abschied besser gelingt, wenn eine Begegnung stattfand.

Professionalität

In seinen Standpunkten zur Pränatalen Diagnostik fordert der BDH unter anderem professionelle Betreuung für alle Frauen. Voraussetzung für eine Be-

gleitung in Empathie und professioneller Distanz ist zunächst einmal Klarheit über die eigene Haltung. Hebammen haben die Pflicht sich dieser Auseinandersetzung zu stellen und sie haben das Recht, dabei Unterstützung zu bekommen. Immer wieder machen Hebammen die Erfahrung, dass sich im gesamten Team etwas bewegt, wenn sie den Dialog einfordern und über ihr eigenes Erleben sprechen. Auch, wenn es keine einfachen Lösungen gibt, kann es hilfreich sein, wenn ein „innerer Raum“ für diese Problematik innerhalb der Klinik geschaffen wird.

Die eigene Position entwickelt sich in einem Prozess und sie verändert sich, denn die Auseinandersetzung hört nicht auf und die Technologien entwickeln sich rasant. Auch kann die Bereitschaft zur Begleitung tagesformabhängig sein. Neben der interprofessionellen Kommunikation und Supervision im gesamten Team ist es wichtig, an der Veränderung von übergeordneten Strukturen zu arbeiten. Hier braucht es Vernetzungsarbeit: zwischen Beratungsinstitutionen, Selbsthilfegruppen, freiberuflichen Hebammen, PsychologInnen, Nachbetreuung der Frauen, Unterstützungssystemen für Frauen, die sich entschlossen haben, ihr krankes oder behindertes Kind zu gebären.

Bei all dieser Arbeit ist die Begleitung des späten Abbruchs immer wieder eine Gratwanderung zwischen den eigenen Gefühlen und dem Ringen um professionelle Distanz.

Literatur

Ensel, Angelica: Hebammen im Konfliktfeld der Pränatalen Diagnostik – Zwischen Abgrenzung und Mitleiden. Karlsruhe 2002

Ensel, Angelica / Mittelstädt, Silke: Pränataldiagnostik und Hebammenarbeit. Ethische Fragen und Konfliktfelder in der Betreuung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Unterrichtsmaterialien für die Ausbildung von Hebammen und Angehörigen medizinischer Fachberufe. Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1999

Es ist eine angestammte Aufgabe von Hebammen zu vermitteln.

AUTORIN

Angelica Ensel

geb. 1955, ist Hebamme, Ethnologin und Journalistin in Hamburg.